Lane Medical Library

Die chirurgische Behandlung

der

Gallensteinkrankheiten und ihre Resultate.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

Von

Elio Engelmann

aus Grodno (Russland).

Tag der Promotion: 30. Juli 1909.

Berlin 1909

Druck von H. Itzkowski, Gipsstr. 9

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Hildebrand.**

Dem Andenken meines seligen Grossvaters

N. Rosenkranz.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/diechirurgischeb0000elio

Die erfolgreichen Resultate der operativen Therapie in den letzten zwei Decennien haben die Chirurgie veranlasst viele Gebiete für sich in Anspruch zu nehmen, die ihr früher versagt waren und die ihr noch jetzt vielfach von der inneren Medicin streitig gemacht werden.

Zu einem dieser „Grenzgebiete" gehört auch die Behandlung der Erkrankungen der Gallenblase und der grossen Gallenwege. Die Ursachen aller dieser Erkrankungen ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in Gallensteinen zu suchen. Während dieselben manchmal ein schweres, schmerzhaftes Leiden verursachen, trifft man bei der Sektion nicht selten zahlreiche Steine zufällig, ohne dass im Leben Symptome darauf hinwiesen.

Für die Entstehung der Gallensteine kommen in erster Linie krankhafte, hauptsächlich durch Gallenstauung provozierte Veränderungen der Schleimhaut der Gallenblase und der Gallenwege, vorzüglich der Epithelien derselben, in Betracht, welche zu erhöhter Produktion der wichtigsten Steinbildner, nämlich von Cholestearin und Kalk, von seiten der Epithelien führen. Naunyn bezeichnet die desquamative, steinbildende Angiocholitis, welche durch Stauung hervorgerufen wird, direkt als Ursache der Gallensteinbildung.

Wir kennen auch eine Anzahl von disponierenden Momenten dieser Erkrankung. Einen entschiedenen Einfluss auf die Bildung der Gallensteine zeigt das Lebensalter. Die bei weitem grösste Zahl der Fälle von Cholelithiasis fällt in das Alter über 40 Jahre. Ausser dem Alter wirkt auch das Geschlecht in aus-

gesprochenem Masse auf die Veranlagung zur Gallensteinbildung ein. Nach den übereinstimmenden Beobachtungen aller Autoren sind Gallensteine beim weiblichen Geschlecht häufiger, als beim männlichen. Zur Erklärung dieser Tatsache hat man auf die sitzende Lebensweise und besonders auf die Störung der Gallenexcretion infolge der Frauenkleidung und des engen Schnürens aufmerksam gemacht. Auch der Einfluss der Gravidität kann nicht geleugnet werden. Es findet sich Gallensteine bei Frauen, die geboren haben, entschieden häufiger als bei solchen, die niemals eine Schwangerschaft durchgemacht haben.

Die Gallensteinchirurgie ist verhältnismässig jungen Datums. Es werden zwar einige Experimente an Tieren und auch Operationen von Gallensteinen am Menschen aus dem 17. und 18. Jahrhundert berichtet, aber es handelte sich dabei doch mehr um sich zufällig ergebende als wirklich planmässige Operationen. Der erste planmässige Operateur am Gallensystem war der Franzose Louis Petit, der die Punktion der überfüllten und die Incision der steinerfüllten Blase empfahl, wenn sie mit der Bauchwand verwachsen wäre (1737). In den nächsten 70 Jahren versuchten einige Forscher auf Grund von Tierexperimenten die Operationen weiter auszudehnen und schon um das Jahr 1767 empfahl Herlin eindringlich die Exstirpation der Gallenblase, als Heilmittel gegen die Cholelithiasis. Seine Empfehlung geriet jedoch vollständig wieder in Vergessenheit, weil bei dem Mangel der Antiseptik und Aseptik die Operationen in der Bauchhöhle zu gefährlich waren. Erst im Jahre 1867 wurde eine Cholecystotomie, und zwar einzeitig, von Bobbs in Amerika ausgeführt. Die erste erfolgreiche zweizeitige Cholecystotomie, mit Einnähung der Blase ist auf König, damals in Göttingen (1882) zurückzuführen. Am 15. Juli 1882 machte Langebuch mit Erfolg die erste Gallenblasenexstirpation. Von nun an entwickelten

sich die Operationen der erkrankten Gallenwege sehr schnell weiter. Die zunehmende Erkenntnis der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Gallenwege bei Cholelithiasis hat die Kritik der Operationsmethoden von der rein empirischen Grundlage mehr und mehr auf die theoretische hinübergeleitet. Die Gallenblase selbst, als phisiologisch funktionierendes Organ, ist in der Wertschätzung bedeutend gesunken. Appendektomie und Cholecystektomie erscheint vielfach als Parallele.

Die Frage, wann die chirurgische Behandlung an Stelle der inneren zu treten hat, wird sehr verschieden beantwortet; weiter ist man sich in der Wahl der Operationsmethoden noch weniger einig; konservative und radikale Methoden stehen sich hier gegenüber. Kehr z. B. hat folgende Indikation aufgestellt: „Jeder Fall von Cholecystitis gehört ins Bett, bekommt bei intensiven Schmerzen Morphium und erhält heisse oder kalte Umschläge, wie er sie am besten verträgt. Lassen die Schmerzen nach, tritt kein Fieber ein, bleibt der Puls langsam, geht die Geschwulst der Gallenblase, die infolge der excessiven Anfüllung derselben entsteht, nach 4, 6—8 Tagen zurück, so ist kein Grund zur Operation vorhanden. Pat. kann warten bis weitere Anfälle kommen. Von ihrer Häufigkeit und von ihrer Dauer wird es abhängen, ob man operiert oder noch weiter wartet. Bleibt eines der Symptome der Cholecystitis (Fieber, Schmerz, Gallenblasentumor) noch bestehen, so operiere man. — Bei schwerer Infektion, die sich durch Kräfteverfall, Fieber, Pulsbeschleunigung, grossen Tumor, peritoneale Reizung kundgibt operire man möglichst früh.— Die akute Cholecystitis ist nur in Ausnahmefällen zu operieren, wenn sie ganz besonders heftig auftritt.— Beim Choledochusstein, der seine Gegenwart durch lokale Cholangitis kundgibt, soll man frühzeitig operieren. Hydrops und Empyem — operieren. Wenn der Hydrops gar keine Erscheinungen macht — abwarten.“ Nach Riedel's

Meinung soll man aus dem lokalen Leiden, der Entzündung der Gallenblase, kein allgemeines, die Cholangitis werden lassen. Auch wegen der Möglichkeit einer Carcinombildung in der durch die Steine gereizten Gallenblase ist Riedel ein Anhänger der Frühoperation. Dass man die Indikationen für das operative Vorgehen in den letzten Jahren mehr und mehr erweitert hat, findet seine Begründung in der Verbesserung der operativen Verfahren, die eine beträchtliche Herabsetzung der Mortalität zu Folge hatte. Im Allgemeinen kann man sagen, dass je schwerer die einzelnen Krankheitsfälle eines einheitlichen Materials sind, desto radikaler fällt Indikationsstellung und Operationsmethode aus.

Die vorliegende Arbeit bringt eine Zusammenstellung der unter Prof. Dr. Hildebrand in den Jahren 1905—1908 an der chirurgischen Universitätsklinik der Königlichen Charité an den Gallenwegen ausgeführten Operationen: im ganzen 45 Fälle.

Folgend dem Vorgange Kehr's teilen wir unser Material ein:

I. Akute Cholecystitis.
II. Chronische Cholecystitis.
   a) chronische recidivierende Cholecystitis.
   b) Hydrops der Gallenblase.
   c) Empyem der Gallenblase.
III. Akuter und chronischer Choledochusverschluss.
IV. Carcinom der Gallenblase.

I. Akute Cholecystitis.

Die charakteristischen Symptome der akuten Cholecystitis sind: schwere Allgemeinerscheinungen (Fieber, Schüttelfröste), schnell eintretende Zeichen der Peritonitis (Erbrechen, Leib sehr druckempfindlich, hart, gespannt),

der rapide und sehr häufig ungünstige Verlauf (Perforationsperitonitis).

Von unserem Material fallen auf die akute Cholecystitis nur zwei Fälle, von denen einer nach zwei Operationen, der andere nach einer Operation geheilt entlassen wurden.

Fall I.: Patientin A. 35 J.

Aufnahme: 6. II. 08.

Diagnose: Akute Cholecystitis.

Resultat: 29. III. 08 geheilt entlassen.

Anamnese: Vor 4 Jahren Operation vom Mastdarm aus angeblich wegen Pyosalpinx. Vorgestern bekam Pat. plötzlich Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, Fieber und gelbe Hautfarbe (bei der Aufnahme bereits geschwunden).

Befund: Ziemlich grosse Frau im mässigen Ernährungszustande. Cor, Pulm.: o. B. Leber überragt den Rippenbogen reichlich 2 Finger. Druckempfindlichkeit in der ganzen Unterbauchgegend, anscheinend besonders stark in der Nähe des Mac Burneys'schen Punktes. Resistenzen lassen sich im Abdomen nicht deutlich tasten. Temp. 40, 3°. Puls 136 klein und weich. Urin: sauer, stark trübe, Alb + Sediment: reichlich Eiter, einige granulierte Cylinder.

Von specialistisch-gynaekologischer Seite wird Appendicitis angenommen.

Sofortige Operation: Cholecystostomie. Appendecktomie.

Pararektaler Schnitt in der Appendixgegend. Appendix zeigt keinerlei entzündliche Veränderungen. Appendektomie. Es wird nach den Adnexen gefühlt, die sich gleichfalls nicht wesentlich verändert zeigen. Etagennaht des Bauchschnittes. Senkrechter ca. 6—8 cm. langer Bauchschnitt neben der Gegend der Gallenblase. Gallenblase hart, mit verdickten Wänden, prall gefüllt und gerötet. Punktieren der Gallenblase. Es entleert sich dicke,

getrübte Galle. Im Cysticus ein Stein, der nicht entfernt werden kann. Einführen eines Drains in die eröffnete Gallenblase. Etagennaht.

10. II. 08. Temperatur abgefallen. Wohlbefinden. Aus dem Drain entleert sich allmählich klare Galle.

20. II. 08. Nach Entfernung der Drainage kolikartiger Anfall.

22. II. 08. Die Anfälle wiederholen sich.

24. II. 08 Operation: Cholecystektomie.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle erweist sich die Gallenblase mit der Umgebung verwachsen. Lösung der Adhaesionen. Die Gallenblase wird exstirpiert. Etagennaht.

Aseptischer Wundverlauf.

29. III. 08 geheilt entlassen.

Fall II: Patientin S. 49 J.

Aufnahme: 6. IV. 07.

Diagnose: Akute Cholecystitis.

Operation: 24. IV. 07. Cholecystostomie.

Resultat: 23. V. 07 geheilt entlassen.

Anamnese: 1887 Appendicitis: wurde nicht operiert.

Seit 4. IV. 07 heftige Schmerzen in der Lebergegend. Seitdem keine Nahrungsaufnahme mehr. Pat. hatte nur starken Durst und hat viel getrunken. Pat. wurde vom Arzt ein Pulver verschrieben. Angeblich hat Pat. nach demselben 3 mal am Tage erbrochen. Erbrochenes sah grün aus, schmeckte bitter. Stuhl ist angehalten. Urin dunkel gefärbt.

Befund: Man fühlt eine Resistenz in der Lebergegend. Kein Ikterus. Cor, Pulmones: o. B.

24. IV. 07. Operation: Courvoisier'scher Schnitt. Es wird aus dem Ductus Cysticus ein pflaumengrosser Stein entfernt. In der Gallenblase wird ein Drain gelegt. Die untere Ecke der Wunde wird mit Jodoformgaze tamponiert. Während der Narkose wird der Puls klein, kaum fühlbar. Erholt sich nach einiger Zeit wieder.

Wundverlauf aseptisch.

23. V. 07 geheilt entlassen.

Nachuntersuchung im März 1909: Ganz gesund und beschwerdefrei.

Die Diagnose der akuten Cholecystitis ist häufig sehr schwer infolge der schnell eintretenden peritonitischen Erscheinungen. Verwechslungen mit Perityphlitis ist häufig möglich. Der Erfolg der Operation ist desto besser, je schneller eingegriffen wird.

II. Chronische Cholecystitis.

Die häufigste Form der Gallensteinkrankheit ist die chronische Cholecystitis. Die wichtigsten Symptome derselben sind die Kolikschmerzen und der Ikterus. Der ausgeprägte Anfall einer Gallensteinkolik beginnt ganz plötzlich oder nach vorhergegangenen geringen Vorboten, wie Frösteln, Uebelkeit, allgemeines Unwohlsein und dgl. Das Hauptsymptom des Anfalles ist der Schmerz. Gewöhnlich verlegen ihn die Kranken ins Epigastrium und in das rechte Hypochondrium, doch strahlt er von hier auch in den Rücken, in die Schultergegend und Oberschenkel aus. Als andere Krankheitserscheinungen während des Anfalles sind: Erbrechen, das Allgemeinbefinden ist in der Regel gestört, die Körpertempeartur bleibt in einem Teile der Fälle normal, oft besteht aber auch Fieber, Ikterus ist nicht immer vorhanden. Die Dauer des Kolikanfalles ist verschieden: von einigen Stunden bis 5 und sogar mehreren Tagen. Solche Anfälle wiederholen sich häufig schnell nacheinander, zuweilen erst nach Monaten oder Jahren. Die Frage „welche krankhaften Vorgänge dem Gallensteinkolikanfalle zugrunde liegen?“ wurde noch vor einigen Jahren sehr einfach beantwortet. Man erklärte die Schmerzen durch das Wandern und Austreibung der Steine in den Ductus Cysticus und

dann in den Ductus Hepaticus, namentlich durch die Kontraktionen der Gallenblase. Diese alte Lehre von den Ursachen der Kolikanfälle wurde in den letzten Jahren ergänzt und modifiziert. Die Schmerzen werden nicht nur durch die mechanische Einklemmung des Steines bedingt, sondern es handelt sich dabei auch um einen entzündlichen Prozess: die Wandung der Gallenblase wird verdickt, es treten almählich Verwachsungen des serösen Ueberzugs der Gallenblase mit Netz, Duodenum, Colon transversum ein. Die Erreger dieser entzündlichen Vorgänge gelangen meist vom Darm her (Bacterium colli), vielleicht gelegentlich auf dem Wege der Blutbahn. Eine Steinwanderung und eine Ausstossung der Steine in den Darm findet dabei sehr oft gar nicht statt, und Riedel bezeichnet daher selche Anfälle als „erfolglose Gallensteinkoliken". Wenn der Stein aber bis in den Ductus Choledochus gelangt und hier die Gallenexcretion hemmt, bekommen wir Stauungsikterus. Passiert der Stein aber durch den Choledochus in Darm, so lassen Schmerzen und Entzündung meist bald nach. Nach Riedel haben wir es im letzten Falle mit einem „erfolgreichen Anfall" zu tun. Beim „erfolglosen Anfall" kann auch Ikterus eintreten, der aber kein „lithogener" ist, d. h. nicht durch Verschluss des Choledochus durch einen Stein hervorgerufen, sondern ein „entzündlicher", bedingt durch entzündliche Schwellung des Choledochus. Nach Riedel kommen 10% „erfolgreiche Anfälle" gegenüber 90% „erfolglosen". Die Prognose der chronischen Cholecystitis ist immer als ernst zu betrachten, da man nicht ausrechnen kann, welchen Verlauf jeder einzelne Fall nehmen kann. Perforation der Gallenblase ist hier immer weniger gefährlich, als bei der akuten Cholecystitis, da die Steine oder die Galle sich in Verwachsungen entleeren, die fast immer um die entzündete Gallenblase sich gebildet haben. Viel mehr Gefahr bietet die Möglichkeit der Einwanderung eines Steines in den Chole-

dochus. Erwähnt muss noch werden die Carcinomentwickelung aus der chronischen Cholecystitis. Von unserem Material fallen auf die chronische recidivierende Cholecystitis 16 Fälle.

Fall III: Patientin R. 43 J. Schriftsetzerfrau.

Aufnahme: 21. I. 05.
Diagnose: Cystycusstein.
Operation: Cholecystostomie.
Resultat: 1. III. 05. geheilt entlassen.

Anamnese: Pat. wird von einer inneren Klinik zur chirurgischen verlegt. Anfangs Januar sei Pat. plötzlich unter starken Schmerzen, die nach dem Rücken und den Schultern ausgestrahlt seien, erkrankt. Da die Schmerzen nicht nachgelassen hätten, habe sie sich aufnehmen lassen (in der inneren Klinik d. 7. I. 05). Dort wurde sie mit Karlsbader Salz behandelt. Nie Ikterus.

Befund: kleine, anämisch aussehende, magere Frau. Am unteren Leberrand eine kleine faustgrosse Resistenz, die bei der Spannung der Bauchdecken nicht scharf zu begrenzen ist.

Lungen: o. B. Herz: etwas leise Töne, aber rein. Die Untersuchung des Magensaftes ergibt eine Gesammtacidität von 21, bei fehlender freier Salzsäure und fehlender Milchsäure.

21. I. 05. Operation: Courvoisier'schen Bauchschnitt. Es liegt ein sehr ausgesprochener Riedel'scher Leberlappen vor; unter ihm eine vergrösserte, prall gefüllte Gallenblase mit verdickten Wandungen. Verwachsungen mit Colon transversum und Pylorus, die sich grösstenteils lösen lassen. Nach sorgfältiger Tamponade Eröffnung der Gallenblase. Aus dem Cysticus werden 3 grosse gelbbraune Steine mit dem Kocher'schen Löffel entfernt. Das Gallenblasensekret ist gallig-trüb-serös. Die Abtastung der übrigen Gallengänge ergibt normale

Verhältnisse. Einnähen der Gallenblase ans Peritoneum parietale. Drainage. Etagen-Bauchdeckennaht.

Der Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

1. III. 05. Geheilt entlassen.

Fall IV: Patientin S. 27 J.

Aufnahme: 3. III. 05.

Diagnose: Cysticusstein.

Operation I: 6. III. 05. Cystendyse. Hepaticus-Drainage.

Resultat: 26. VI. 05 gebessert entlassen.

Anamnese: Pat. leidet seit einem Jahr an kolikartigen Anfällen und Schmerzen in der rechten Bauchseite. Der Arzt verordnete heisse Umschläge, wodurch die Schmerzen etwas nachliessen. Vor 4 Wochen traten wieder heftige Schmerzen anfallsweise in der Magengegend auf, meist 3 Anfälle pro Tag. Pat. ist gravida. Nach ihrer Angabe — 2. Monat. Während der letzten Tage ist die ikterische Färbung der Conjunctiven beobachtet.

Befund: Gut genährte Frau mit sehr stark entwickeltem Fettpolster. In der rechten Seite unterhalb des Rippenbogens eine umschriebene druckempfindliche Stelle. Niere ist rechts als Tumor durchzufühlen und wird wegen ihres Tiefstandes als Wanderniere angesprochen.

6. III. 05. Operation: Courvoisier'scher Bauchschnitt. Gallenblase ohne wesentliche Verwachsungen mit der Umgebung. Im unteren Abschnitt des Cysticus wird ein bohnengrosser Stein gefühlt, der von der geöffneten Gallenblase aus jedoch nicht entfernt werden kann. Bei der weiteren Manipulation am Gallensystem (Hepaticus-Drainage) verschwindet er und kann auch nicht mehr im Choledochus gefunden werden. Schluss der Gallenblase. Jodoformgazenstreifen. 3 Etagennaht.

11. III. 05. Erster Stuhl. Stein nicht gefunden.

21. III. 05. Entfernung des Drains. Wunde secerniert reichlich grün-galliges Sekret und Schleim.

13. IV. 05. Da die Wunde sich immer noch nicht schliesst, wird eine neue Operation vorgenommen.

Operation II: Cholecystektomie.

Vorherige Sondierung ergibt einen einzigen sehr engen und langen Fistelgang. Wieder Eröffnung der alten Narbe. Ausserordentlich starke narbige Verwachsungen zwischen der ganzen Unterfläche der Leber- Magen- und Darmwand. In der Gallenblase, die mühsam isoliert wird, leicht bräunlich gefärbte Flüssigkeit. Exstirpation der Gallenblase. In den Gallenwegen keine Steine zu fühlen.

29. V. 05. Es wird ein schmales Drain eingeführt und ergibt im Durchschnitt eine tägliche Sekretion von 300 ccm. Galle. Dabei der Stuhl gallig gefärbt.

20. VI. 05. Herausnahme des Drains.

26. VI. 05. Gebessert entlassen.

Fall V: Patientin K. 30 J. Schneiderin.

Aufnahme: 5. VII. 05.

Diagnose: Gallensteine.

Operation: Cholecystostomie u. Choledochus-Drainage.

Resultat: 24. VIII. 05 geheilt entlassen.

Anamnese: Früher angeblich stets gesund. Vor 2 Jahren zum ersten Mal Schmerzen in der rechten Bauchseite mit Ikterus. Vor einem Jahre jede Woche ein Kolikanfall. Behandelt mit Karlsbader Trinkkur, mit dem Erfolge, dass sie schon längere Zeit beschwerdefrei war. Jetzt erkrankt sie wieder mit äusserst heftigem Anfall, starkem Ikterus, seitdem fast täglich 1 Anfall.

Befund: Dürftig gebaute Pat. mit sonst gesunden inneren Organen. Deutlich Ikterus der Haut und Schleimhäute. In der rechten Unterrippenbogengegend auf Palpation Schmerzäusserung.

11. VII. Operation: Courvoisier'scher Bauchschnitt. Man sieht eine ziemlich prall gefüllte Gallenblase. An der unteren, der Colon zugekehrten Fläche ist die Wand der Gallenblase unmittelbar über dem Abgang in den Cystikus weit ausgebuchtet (Divertikel). Durch Abtastung der Gallengänge, anfangs an der Vereinigungsstelle des Cysticus und Hepaticus, dann durch Sondierung der Hepaticus und Choledochus nach Incision des letzteren werden keine Steine gefunden. Daher Eröffnung der Gallenblase: 4 kleine scharfrandige Steine werden entfernt. Choledochus-Drainage und Poppert-Drainage der Gallenblase. Naht der Bauchwand.

13. VII. 05. Choledochus-Drainage hat pro die 300 ccm. secernirt, Gallenblase nur wenige ccm.

Weiterer Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

24. VIII. Geheilt zur Poliklinik entlassen.

Fall VI: Patientin R. 31 J. Klempnerfrau.

Aufnahme: 21. IX. 05.

Diagnose: Cholelithiasis. Lues recti. Fistula ani. Ulcus ventriculi.

Operation: 18. X. 05. Cholecystostomie. Hepaticus-Drainage.

Resultat: 23. X. 05. Exitus letalis.

Anamnese: Partus 2. Ausfluss und einmal ein Pickel an den Genitalien. Vor 4 Jahren Gallensteinleiden mit Ikterus. Jetzt Schmerzen in der rechten Bauchseite. In letzter Zeit dünner eitriger und blutiger Stuhlgang.

Befund: Grosse, kräftig gebaute, aber stark abgemagerte Pat. von blasser Gesichtsfarbe. Rechtes Hypochondrium stark druckempfindlich. Bei bimanueler Palpation kann man den glatten Leberrand 5 Finger breit unterhalb des Rippenbogens fühlen. In der Gallenblasengegend geringe Resistenz, die auf Druck schmerzhaft ist. Temp. 38 °. Puls 120.

1. X. 05. Pat. klagt über anfallsweise auftretende Schmerzen im rechten Hypochondrium bei fortwährendem Stuhldrang.

4. X. 05. Untersuchung in Narkose: Disseminierte Geschwüre. Narbe im Rektum.

13. X. 05. Heftiger Kolikanfall mit Schüttelfrost Temp. 39, 8 °. Thermophor.

18. X. 05. Operation: Courvoisier'scher Schnitt parallel dem Rippenbogen. Er ist etwa 5 Finger breit unterhalb des Rippenbogens. Die Leberwand ist verdickt. Leber sieht bläulich-rot aus. Keine deutlichen pathologischen Veränderungen (Amyloid?). Gallenblasenwand nicht verdickt. Blase etwas vergrössert. An ihrem Uebergang in den Cystikus fühlt der palpierende Finger einen etwa bohnengrossen Stein. Nach Cystostomie entleert sich reichlich dickflüssige, bräunliche mit Schleim gemischte Galle. Aufsuchung der Gallengänge von der Blase aus. Choledochus nicht vergrössert. Keine Konkremente fühlbar. Wegen der Lebervergrösserung Incision des Choledochus. Hepaticus-Drainage. Jodoformgazestreifen durch den noch durch eine Naht geschlossenen Choledochus. Versorgung der Gallenblasenincision nach Poppert. 3 Etagennaht bis auf die durchgeleiteten 2 Drains und Jodoformgazestreifen.

20. X. 05. Keine Galle abgeflossen.

21. X. 05. Temp. 39 °. Puls jagend 140.

22. X. 05. Exitus letalis.

Sectionsbefund: Operationswunde mit Drain um Hepaticus und Gallenblase. Im Magen $^3/_4$ Liter Blut. An der kleinen Kurvatur 5 Markstück grosses Ulcus. Am Grunde $1\,^1/_2$ mm. starkes Gefäss. 20 cm. grosses Stück des Rektums ist in grau-rötliche Geschwürsmassen verwandelt. Vor dem - - Anusstenose. Bronchopneumonie. Abgelaufene Endokarditis mitralis.

Fall VII: Patient S. 32 J. Kaufmann.

Aufnahme: 3. XI. 05.

Diagnose: Cholelithiasis.

Operation: Cholecystostomie.

Resultat: 16. XII. 05 geheilt entlassen.

Anamnese: August 04 wurde rechtsseitiger Spitzenkatarrh konstatiert. Anfangs April 05 erkrankt mit Leibschmerzen rechts, Fieber und Ikterus. Später noch 2 stärkere und 6 kleinere mit Gelbsucht verbundene Anfälle.

Befund: Mittelgrosser schwächlicher Mann. Unter der Leber eine circa Hühnerei grosse Resistenz fühlbar, die druckempfindlich ist. 13. XI. 05. Operation: Schnitt am unteren rechten Rippenbogen nach König. Eröffnung des Peritoneums. Aufsuchen und Herauslagern der Gallenblase. Umstopfung derselben mit Longuetten. Bei der Eröffnung der Gallenblase entleert sich eine gelbliche, eitrig aussehende, dicke Flüssigkeit ca. $1^1/_2$ Esslöffel. 450 Steine, darunter bis Haselnussgrösse, werden mit Löffel, Zange und durch Spülung entleert. Keine Steine im Choledochus. Drainage der Gallenblase. Schluss der Bauchdecken bis auf den unteren Wundwinkel, aus dem das Drain herausgeleitet wird. Weiterer Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

16. XII. 05 geheilt entlassen.

Fall VIII: Patientin G. 36 J. Arbeiterfrau.

Aufnahme: 18. XI. 05.

Diagnose: Cholelithiasis.

Operation: 23. XI. 05. Cholecystostomie. Choledochus-Drainage.

Resultat: 28. XII. 05 geheilt entlassen.

Anamnese: Vor 12 Jahren nach dem 2. Partus Operation in der Frauen-Klinik (Exstirpatio uteri?) Seit Juli 04 häufige Kolikanfälle mit Ikterus. Seit 2 Monaten die Anfälle noch häufiger, zuletzt sogar täglich.

Befund: Wohl genährte Frau. Gallenblasengegend stark druckempfindlich und als Resistenz von fast Wallnussgrösse deutlich abzugrenzen. Urin: Bilirubin.

23. XI. 05. Operation: Courvoisier'scher Schnitt ca. 2 Finger breit unterhalb und parallel dem Rippenbogen. Gallenblase sofort sichtbar, sie ist taubeneigross ohne Entzündungserscheinungen bzw. deren Folgen. Ein Stein kann weder in der Blase noch im Cystikus gefühlt werden. Dagegen präsentiert sich der Choledochus als stark vergrössert. Die sorgfältige Abtastung des Choledochus lässt ein Konkrement nicht entdecken. Der Pankreaskopf ist nicht verhärtet. Auch kann kein Stein gefunden werden nach ca. 1,5 cm. langer Spaltung des Choledochus, wobei sich zuerst reichlich braun-schwarze verdickte, später goldgelbe Galle entleert und Einführungen von Sonden nach beiden Richtungen hin. Die ursprünglich ziemlich prall gefüllte Gallenblase entleert sich bei der Manipulation. Choledochus-Drainage. Partielle Naht. Incision. 3 Etagennaht. Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

28. XII. 05 geheilt entlassen.

Nachuntersuchung im März 1909: Ganz gesund und beschwerdefrei. Narbe vorzüglich.

Fall IX: Patientin S. 56 J. Arbeiterfrau.

Aufnahme: 10. IV. 06.
Diagnose: Cholelithiasis
Operation: 18. IV. 06. Cholecystostomie.
Resultat: 16. V. 06 geheilt entlassen.

Anamnese: 1904 Appendicitis. Seit Anfang April 06 Blasenleiden. Seit 7. IV. 06 Schmerzen in der Blinddarmgegend. Nie Ikterus.

Befund: Mittelgrosse, schwächliche Frau. Die rechte Bauchseite druckempfindlich, namentlich in der Nähe des Mac Burney'schen Punktes. Perkussion ergibt keine

Dämpfung. Die tastende Hand fühlt einen kugeligen Tumor, der mit der Leber in Verbindung zu sein scheint. Kein Ikterus.

18. IV. 06. Operation: Hautschnitt am unteren rechten Rippenbogen. Durchtrennung des Peritoneums. Es treten der Dickdarm, die etwas prall gefüllte Gallenblase und der untere Rand der Leber zu Tage. Abdecken mit Longuetten. Der Operateur fühlt zunächst in der prall gefüllten Gallenblase keine Steine. Aufsuchen des Blinddarms gelingt leicht. Derselbe ist gesund. Hierauf denkt man an eine eventuelle Wanderniere. Die rechte Niere liegt normal und ist nicht besonders beweglich. Da auch hier nichts zu finden ist, geht der Operateur auf die Gallenblase zurück. Er tastet im Cystikus (hoch oben) einen Stein. Hierauf wird die Gallenblase hervorgewälzt, sorgfältig abtamponiert und dann mittels Troikars punktiert. Der Inhalt der Gallenblase ist gelb-grünlich, mit schwarzen Substanzen teilweise vermischt. Eröffnung der Gallenblase. Es wird eine Anzahl von Steinen von Erbsen- bis Haselnussgrösse entfernt. Der Choledochus ist von Steinen frei, aber auffallend weit. Hierauf Annähung der Gallenblase an das Peritoneum und die Muskulatur. Verschluss der übrigen Bauchwunden und Einführung eines Schlauches in die Gallenblase.

Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

16. V. 06 geheilt entlassen.

Nachuntersuchung im März 1909: Ganz gesund und beschwerdefrei.

Fall X. Patientin S. 52 J.

Aufnahme: 26. VII. 06.

Diagnose: Cholelithiasis.

Operation: 1. VIII. 06. Cholecystektomie und Hepatikus-Drainage.

Resultat: 8. IX gebessert entlassen.

Anamnese: Seit dem 7. VII. 06 anfallsweise Schmerzen in der rechten Bauchseite, die nach dem Rücken und Schulterblättern ausstrahlen. Dem 25. VII. galliges Erbrechen. Nie Ikterus. Partus 9.

Befund: Mittelgrosse Frau von leidlichem Ernährungszustande. Leber überragt den Rippenbogen. Ein glatter walzenförmiger Tumor palpabel, der auf Druck äusserst schmerzhaft ist, und der vom unteren Leberrand auszugehen scheint. Der Tumor verschiebt sich mit der Respiration.

1. VIII. 06. Operation: Courvoisier'scher Schnitt. Leberrand geschwollen, rund, etwa 3 Querfinger breit unterhalb des Rippenbogens. Gallenblase in frische das Quercolon heranziehende Adhäsionen eingebettet. Incision derselben ergibt wenig Pus und 4 kleine Steine. Cystikus verdickt, liegt in seinem ganzen Verlauf dem Hepatikus dicht an, so dass dadurch wohl ein Abflusshindernis der Galle bedingt wurde. Die Orientierung über diese Verhältnisse ist äusserst schwierig wegen der entzündlichen Verwachsungen und entzündlichen Infiltrationen der Wandungen der Gallengänge. Sie gelingt erst, nachdem in den Choledochus eine Incision gemacht und durch Sondierung die Lage des Cystikus in dem obigen Sinne festgestellt wurde. Nachdem die Gallenblase extirpiert, die Abbindungsstelle des Cystikus und die Umgebung abtamponiert wurden, wird der Hepatikus gespalten und drainiert. Partielle Bauchdeckennaht.

Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

8. IX. 06 gebessert entlassen.

Nachuntersuchung im März 1909: Ganz gesund und beschwerdefrei.

Fall XI. Patientin W. 39 J. Näherin.

Aufnahme: 2. XI. 06.

Diagnose: Cholelithiasis. Phthisis pulmonum.

Operation: 7. XI. 06. Cholecystostomie.

Resultat: 21. XII. 06. Exitus letalis.

Anamnese: Seit zwei Jahren häufig Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen. Seit Juni 06 4 Mal Anfälle von Erbrechen, Schmerzen im Leibe und Ikterus. Häufig Durchfälle. Seit zwei Jahren Husten mit Auswurf.

Befund: Mittelgrosse Pat., stark abgemagert. Cor.: Töne unrein. Puls: regelmässig, klein. Pulmones: Abgeschwächter Schall und verschärftes Atmen über der linken Spitze. In der Gegend der Gallenblase ist ein Tumor von ungefähr Nussgrösse zu fühlen, der auf Druck empfindlich ist.

7. XI. 06 Operation: Durch 25 cm. langen Schnitt parallel dem rechten Rippenbogen, die Bauchdecken schichtweise durchtrennend, wird die Peritonialhöhle offen gelegt. Es stellt sich sofort ein ausgezogener Riedel'scher Lappen ein, an dessen unterer Fläche die verdickte mit Aussackungen versehene, prall mit sehr viel Steinen gefüllte Gallenblase gefunden wird. Die Gallenblase wird eröffnet und entleert circa 100 Steine. Die Gallenblase wird mit der Wunde vernäht, nachdem ein Drain in die Gallenblasse eingeführt ist. Ein längerer Eingriff konnte wegen Schwäche des Herzens nicht zugemutet werden.

16. XI. Pat. hustet viel. Im Auswurf wurden Tuberkel-Bacillen nachgewiesen. Reichliche Gallensecretion.

24. XI. Entfernung des Rohrs.

19. XII. Allgemeinzustand dauernd verschlechtert.

21. XII. 06 Exitus letalis.

Sectionsbefund: Lungentuberculose. Darmtuberculose. Peritonitis serofibrinosa und purulenta. Gallenblasenfistel.

Fall XII: Patient R. 51 J. Bahnhofsvorsteher.

Aufnahme: 21. IV. 07.

Diagnose: Cholelithiasis.

Operation: Cholecystostomie.

Resultat: 21. VI. 07 geheilt entlassen.

Anamnese: Pat. hat vor 4 Jahren einen ähnlichen Anfall durchgemacht, wie jetzt. Seitdem noch 3 Mal solche Anfälle. Am 30. März 07. bekam Pat. plötzlich starke Schmerzen im Leib, besonders rechts, Erbrechen und Stuhlverstopfung. Am 31. März wurde Pat. gelb im Gesicht.

Befund: Gut genährter Mann. Leib druckempfindlich, aber weich. In der Gallenblasengegend eine Resistenz fühlbar. Ikterus. Puls gut. Temperatur 37, 4°. Urin enthält Gallenfarbstoff.

8. V. 07. Operation: Convexer Bauchschnitt. Vorliegend Netz, das nach unten geschlagen wird. Leber stark geschrumpft, weit unter dem Rippenbogen zurückgesunken, daher schwer zu Gesicht zu bekommen. Gallenblase klein, enthält Steine, lässt sich nicht vorziehen. Es findet sich eine beginnende Pankreas-Nekrose. Nach sorgfältiger Tamponade Eröffnung der Gallenblase und Entleerung der Steine. Die Sondierung der ducti ergibt keine Steine. Drainage der Stelle der beginnenden Pankreas-Nekrose und der Gallenblase. Sorgfältige Tamponade mit Jodoformgaze in der Umgebung des Drains. Etagennaht bis auf den Teil der Wunde, die Drains und Tamponade enthalten.

Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

21. VI. 07 geheilt entlassen.

Fall XIII: Frau G. 26 J. Mechanikerfrau.

Aufnahme: 7. V. 07.

Diagnose: Cholelithiasis.

Operation: 28. V. 07 Cholecystektomie und Hepaticus-Drainage.

Resultat: 6. VII. 07 geheilt entlassen.

Anamnese: Pat. leidet seit November 1906 an Schmerzen in der Lebergegend. Die Schmerzen treten anfallsweise auf. Etwa alle 8 Tage ein Anfall. Pat. ist erst bei dem letzten Anfall zum ersten Mal gelb

geworden. Seit 2. Mai 07 wieder heftige Schmerzen. Oefters musste Pat. erbrechen.

Befund: Eine deutliche Resistenz ist bei der Pat. in der Lebergegend infolge des starken Fettpolsters nicht zu fühlen. Ikterus. Cor, Pulm: o. B. Urin enthält Gallenfarbstoff.

28. V. 07 Operation: Courvoisier'scher Schnitt. Die Gallenblase wird freigelegt und erweist sich als verdickt. Sie wird in ihrer Spitze eröffnet. Es ergiesst sich reichlich Galle, vermischt mit Gallenconcrementen. Mit dem Steinlöffel werden dann Gallenconcremente in grosser Anzahl herausbefördert, sodann wird die Gallenblase extirpiert und ein Drain in den Hepaticus eingeführt.

Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

6. VII geheilt entlassen.

Fall XIV: Patientin L. 53 J. Schlosserfrau.

Aufnahme: 3. XII. 07.

Diagnose: Cholelithiasis.

Operation: 12. XII. 07 Cholecystostomie.

Resultat: 25. I. 08 geheilt entlassen.

Anamnese: Pat. hat immer viel gehustet, besonders seit den letzten 6 Jahren. Seit 5 Jahren gleichzeitig mit einsetzendem Climacterium Appetitlosigkeit und Druckgefühl in der Magengegend. Sehr häufig Morgens schleimiges Erbrechen. Seit einiger Zeit ziehende Schmerzen, die von einer in der Bauchhöle fühlbaren Geschwulst ausgingen. Ikterus. Partus 7.

Befund: In der rechten Bauchseite fühlt man einen kindskopfgrossen Tumor, welcher beweglich ist. Die Haut darüber ist verschieblich. Unterer Rand der Leber in der Mamillarlinie — 2 Querfinger breit unter dem Rippenbogen.

12. XII. 07 Operation: Schnitt über dem Tumor, parallel der Linea alba. Nach Durchtrennung der Bauch-

decken erweist sich der Tumor als langgezogener Leberlappen, unter welchem die stark erweiterte Gallenblase sich befindet. Isolieren der Gallenblase nach Abtamponierung des Peritoneums. Einschneiden derselben und Entfernung einer grossen Menge Steine. Einführen eines Drains in die Gallenblase, welche mit Catcut bis auf die Drainöffnung geschlossen wird. Naht der Gallenblase und des Peritoneums. Hautnaht. Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

25. I. 08 geheilt entlassen.

Nachforschung im März 1909. Gesund. Kein Bruch und keine Fistel in der Narbe.

Fall XV: Patientin K. 42 J. Kutscherfrau.

Aufnahme: 11. 08.

Diagnose: Cholelithiasis.

Operation: 30. IV. 08 Cholecystostomie

Resultat: 25. V. 08 geheilt entlassen.

Anamnese: Etwa Weihnachten 07 bekam Pat. angeblich nach Diätfehler heftige Magen- und Darmschmerzen mit Erbrechen. Anfang Januar wurde sie gelb. Die Leibschmerzen kamen in grösseren Interwallen immer wieder. Seit 4 Wochen sind die Schmerzen stärker, namentlich in der Magengrube und unter der Leber. Vor einigen Tagen etwas Fieber. Partus 4, Abort 1.

Befund: Mittelgrosse Frau vom mittleren Ernährungszustande. In der rechten Bauchhälfte fühlt man bis 3 Finger über die Darmbeinschaufel eine ziemlich harte Resistenz. Der Leib ist besonders rechts druckempfindlich. Mässig starker Ikterus.

26. IV. Probefrühstück: Reaction schwach sauer. Freie HCl — Milchsäure — Gesamtacidität 9.

30. IV. 08 Operation: Schnitt parallel dem Rippenbogen. Die Gallenblase präsentiert sich ziemlich erweitert, ist mehrfach mit der Leber und Darm verwachsen. Die Verwachsungen werden gelöst. Die Gallenblase wird

eröffnet und in die Bauchwunde eingenäht. Sie enthält zahlreiche bis Haselnuss grosse Steine. Choledochus ist frei. Die Steine werden aus der Gallenblase entfernt. Drainrohr in die Gallenblase. Schluss der Bauchwunde. Verband.

25. V. 08 geheilt entlassen.

Fall XVI: Patientin J. 64 J.

Aufnahme: 4. XI. 08.
Diagnose: Cholelithiasis.
Operation: 16. XI. 08 Cholecystostomie.
Resultat: 19. XII. 08 geheilt entlassen.

Anamnese: Als Kind schwarze Pocken. 1882 Gallensteine. 1890 Nierensteine. Anfang November Erbrechen mit kolikartigen Schmerzen von der Magengegend nach dem Rücken zu ausstrahlend. Beim Urinlassen ein gewisses Schneiden.

Befund: Mittelgrosse Frau mit reichlichem Fettpolster. Kein Ikterus. Cor: o. B. Abdomen vorgetrieben, gespannt. In der rechten Bauchhälfte starke Druckschmerzhaftigkeit. Palpation wenig ergibig wegen des starken Fettpolsters.

16. XI. 08 Operation: 15 cm. langer Schnitt parallel dem Rippenbogen. Bei Oeffnung der Bauchhöhle sieht man Verwachsungen der stark gefüllten Gallenblase einerseits mit der Leber, andererseits mit dem Dünndarm. Es lassen sich diese Verwachsungen ziemlich leicht ohne grössere Blutung lösen. Nach Abtamponade wird die Gallenblase incidiert, und es entleert sich eine Menge ziemlich dünnflüssiger heller Galle. Mit Steinlöffel und Zange entfernt man etwa 6 kirschkerngrosse Pigmentsteine. Von einer Cholecystektomie wird wegen der starken Verwachsungen Abstand genommen. Die Gallenwege selbst sind frei. Poppert-Drainage mit einem eingenähten, mit Einstülpungsnaht abgedichteten langen

Drain. Airolgaze. Schluss der Bauchwunde. Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

19. XII. 08 geheilt entlassen.

Fall XVII: Patientin S. 55 J. Tischlersfrau.

Aufnahme: 3. XII. 08.

Diagnose: Cholelithiasis.

Operation: 8. XII. 08 Cholecystostomie.

Resultat: 14. I. 09 geheilt entlassen.

Anamnese: Früher immer gesund. Partus 7, Abort 7, dabei jedes Mal Schmerzen in der Lebergegend. Am 26. Nov. plötzlich Schmerzen in der Herzgegend. Jetzt bestehen dauernde Schmerzen in der Lebergegend. Ikterus.

Befund: Leidlich kräftige Frau. Etwas nervöser Habitus. Starke Ektasien der Brusthautvenen. Sehr dicke Bauchdecken, im ganzen weich. In der Gallenblasengegend fühlt man ziemlich in der Tiefe einen höckerigen Tumor, undeutlich in die Umgebung fortsetzend. Der Tumor geht mit der Atmung mit. Druck auf den Tumor schmerzhaft. In der rechten seitlichen abhängigen Partie fühlt man eine Resistenz, die mit dem vorher beschriebenen Tumor nicht in Zusammenhang zu stehen scheint. Uterus retroflectiert.

8. XII. 08 Operation: Schnitt parallel dem Rippenbogen. Gallenblase stark vergrössert, Wandung verdickt, der Umgebung adhärent. Abtrennung derselben. Tamponade der Bauchhöhle. Entfernung etwas getrübter Galle durch den Troicar. Incision. Entfernung etwa eines Dutzend braungefärbter Steine mit dem Löffel. Poppert-Drainage. Die stark veränderte Gallenblasenschleimhaut zeigt bei der Operation zum Teil gangränöse Fetzen. Schluss der Wunde durch Tritoneal. Muskel und Hautnaht. Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

14. I. 09 geheilt entlassen.

Nachforschung im März 1909: Befinden befriedigend, wenn auch etwas Schmerzen.

Fall XVIII. Patient B. 41 J. Kanzleigehilfe.
Aufnahme 23. I. 05.
Diagnose: Chronische Cholecystitis.
Operation: 26. I. 05 Cholecystendyse.
Resultat: 18. II. 05 geheilt entlassen.

Anamnese: Vor 17 Jahren zum 1. Mal schwerer Anfall von Gelbsucht, verbunden mit Erbrechen. Aehnliche aber leichte Anfälle fast alljährlich im Frühjahr und Herbst. Seit Oktober 04 hat Pat. 4 Anfälle gehabt. Der erste davon betraf ihn im Bureau, wo er bewusstlos wurde. Nach einigen Ruhetagen zu Hause wiederum Magenschmerzen, Leberanschwellung, Erbrechen.

Befund: Blasser, etwas gedunsener Pat. von sonst kräftigem Körperbau. Leber ist tastbar. In der Lebergegend stark empfindliche Resistenz.

26. I. 05 Operation: Parallelschnitt zum rechten unteren Rippenbogen. Nach Durchschneidung der Bauchmuskeln und des Peritoneums kommt das fettreiche Netz zum Vorschein. Ziemlich nach oben unter dem Rippenrande Leber und Gallenblase erreichbar. Letztere vielfach mit dem Mesocolon verwachsen. Durchtrennung der Verwachsungen. Incision der Gallenblase, in der sich keine Steine finden. Abfliessenlassen der Galle. Naht der Gallenblase. Jodoformtampon. Verschluss der Bauchwunde. Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

18. II. 05 geheilt entlassen.

Von unserem Material entfallen auf die chronische recidivierende Cholecystitis 16 Kranke — 13 Frauen und 3 Männer. Die Altersgrenzen liegen bei 26 und 64 Jahren. In 13 Fällen konnte man in der Gallenblasengegend eine Resistenz oder Tumor palpieren. 6 Mal verzeichnete die Anamnese Erbrechen als Begleiterscheinung der Koliken. Temperatursteigerungen bis 38° waren bei 2 Kranken vorhanden. Von unseren 16

Kranken hatten 14 eine steinhaltige Gallenblase. Die grösste Zahl der gefundenen Steine war 450.

Von unseren 16 Fällen von chronischer recidivirender Cholecystitis verteilen sich die einzelnen Operationsmethoden folgendermassen:

Cystendyse	1	Fälle
Cystendyse und Hepaticus-Drainage	1	„
Cholecystostomie	9	„
Cholecystostomie und Choledochus-Drainage	3	„
Cholecystektomie und Hepaticus-Drainage	2	„

Was die Resultate dieser 16 Fälle anbetrifft, so wurden 14 geheilt entlassen und 2 sind gestorben. Von den letzten 2 Fällen war einer (VI) mit Ulcus ventriculi und Lues, der andere (XI) mit Lungen- und Darmtuberculose compliziert.

Hydrops vesicae felleae wird meistens bewirkt durch Verschluss des ductus Cystikus. Den Verschluss können veranlassen Steine, katarrahlische Sekrete und katarrhalische Schwellung, Geschwülste, Parasiten, Narbenretraktionen, peritonitische Stränge und Abknickungen. In jedem dieser Fälle fliesst mehr keine neue Galle in die Blase; der spezifische gallige Inhalt wird bald von den Lymphgefässen resorbiert und es sammelt sich eine helle Flüssigkeit an, die von der Schleimhaut geliefert wird und die Gallenblase mehr und mehr ausdehnt. Besonders gross kann die Gallenblase werden, wenn ein Katarrh der Schleimhaut Sekret liefert. Die Gallenblase ragt dann als grosser, praller Tumor hervor. Der Inhalt ist bald rein mucinös, weiss, dick, klar, bald mehr serös, dünner und gelblich.

Von unserem Material wurden 6 Fälle mit Hydrops vesicae felleae operiert.

Fall XIX: Patient S. 49 J. Arbeiter.
Aufnahme: 18. I. 05.

Diagnose: Hydrops der Gallenblase.

Operation: Cholecystostomie u. Choledochus-Drainage.

Resultat: 28. II. geheilt entlassen.

Anamnese: Anfangs Dezember 04 Morgens nach völligem Wohlbefinden am Abend vorher Schmerzen in der rechten Bauchseite. Sehr heftiges, nicht galliges Erbrechen. Kein Ikterus, kein Fieber. Die Beschwerden dauerten einen Tag. Am 20. Dez. 04 ein ähnlicher Anfall, gleichfalls einen Tag dauernd.

Befund: Grosser, kräftiger Mann. Kein Ikterus. Abdomen weich, nicht aufgetrieben. Leberrand überragt den Rippenbogen um ca. 2 Querfinger. Von oben ausgehend fühlt man eine längliche, harte, mässig druckempfindliche mit den Bauchdecken nicht verwachsene Resistenz.

20. I. 05 Operation. Durch Bogenschnitt parallel dem unteren rechten Rippenrand wird das Abdomen eröffnet. Es zeigt sich die stark gefüllte, grosse Gallenblase, eine Resistenz wird in ihr nicht gefühlt. Sie wird punktiert. Entleerung eines reichlichen, etwas gallig gefärbten Hydrops. Im Cysticus fühlt man eine harte Resistenz. Derselbe wird eröffnet und von ihm ein wallnussgrosser Stein entfernt. Der Cysticus wird vernäht, die Gallenblase incidiert. Mit dem Löffel wird gleichfalls in ihr ein Stein gefunden. Einlegen eines Drains in die Gallenblase und Choledochus. Schluss der Hautwunde.

Wundverlauf aseptisch. 28. II. geheilt entlassen.

Fall XX: Patientin M. Bäckerfrau. 42 J.

Aufnahme: 8. III. 05.

Diagnose: Hydrops der Gallenblase.

Operation: 10. III. 05. Cholecystektomie.

Anamnese: Vor etwa 3 Wochen fing Pat. an unter einem Gefühle des Druckes im Leibe zu leiden. Sie entdekte selbst eine Geschwulst im Unterleib, die sich bei Lagewechsel bewegte. Kein Ikterus.

Befund: Kräftige Frau. In der rechten Bauchseite fühlt man einen eiförmigen Tumor, welcher die Leber überragt. Der Tumor ist beweglich.

10. III. 05 Operation: Laparatomie in der Medianlinie. Man fühlt, dass der Tumor die mässig vergrösserte Gallenblase ist. Sie wird subperitoneal isoliert gestielt bis auf den Cysticus, in welchem ein taubeneigrosser Stein sitzt. Extirpation der Gallenblase. Sie enthielt ca. 500 ccm. trüben Inhalt.

Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

6. IV. 05 geheilt entlassen.

Nachforschung im März 1909: gesund und beschwerdefrei.

Fall XXI: Patientin K. 47 J. Schlosserfrau.

Aufnahme: 7. III. 06.

Diagnose: Hydrops der Gallenblase.

Operation: 9. III. 06 Cholecystostomie.

Resultat: 21. IV. 06 geheilt entlassen.

Anamnese: 1900 — Gelbsucht. 1901 — Gelbsucht, dazu Erbrechen. Schmerzen in der Lebergegend. 1905 — Erbrechen. Krämpfe im Leibe rechts. Kein Ikterus. Jan. 06 erneuter Anfall. Schmerzen in der Lebergegend. Pat. fühlt eine Geschwulst im Leibe. Partus 9.

Befund: Gut genährte Frau. In der Gegend der Gallenblase ein Tumor von der Grösse einer Männerfaust deutlich fühlbar. Die Geschwulst verschiebt sich bei der Atmung und geht in die Leber über.

9. III. 06 Operation: Pararectaler Bauchschnitt. Eröffnung des Peritoneums. Es tritt ein Riedelscher Lappen zu Tage. Gallenblase von der Grösse einer Männerfaust. Sie wird aus der Leibeshöhle herausgewälzt und punktiert. Es entleert sich eine grosse Menge Flüssigkeit. Aus der Gallenblase wird dann ein solitärer Gallenstein entfernt. Einführen eines Drains in die Gallenblase. Naht der Bauchwand. 21. IV. geheilt entlassen.

Fall XXII: Frau H. 39 J. Schlosserfrau.
Aufnahme: 21. III. 06.
Diagnose: Hydrops der Gallenblase.
Operation: 9. IV. 06 Cholecystektomie.
Resultat: 3. V. 06 geheilt entlassen.

Anamnese: Im ersten Lebensjahr erster Partus. Hierauf hatte Pat. häufig Schmerzen in der rechten Bauchseite, welche auf eine nach Partum entstandene Wanderniere zurückgeführt wurde.

Befund: In der rechten Hälfte des Abdomens fühlt man einen Tumor von der Grösse einer Niere. Derselbe ist druckempfindlich und beweglich.

Cystoskopie und Ureterenkatheterismus ergibt gesunde Harnblase und Durchgängigkeit beider Ureteren.

Röntgenaufnahme: Die Ureterenkatheter bleiben liegen. Man sieht auf dem Bilde deutlich, wie der linke Ureter bis zum 12. Brustwirbel verläuft. Der rechte Ureter biegt an der Wirbelsäule an der Grenze zwischen 2. und 3. Lendenwirbel nach rechts ab und lässt sich von da ab nicht mehr verfolgen. Urin: Alb +.

9. IV. 06. Operation: Hautschnitt auf dem Tumor am rechten Rippenbogen. Eröffnung des Peritoneums. Es tritt die sehr stark vergrösserte Gallenblase zu Tage. Hervorwälzen derselben. Sie ist prall gefüllt. Punktion mit einem dünnen Troikar. Es entleert sich circa 80 ccm. einer wasserhell klaren Flüssigkeit. Hierauf tastet der Operateur die Gallenblase ab und streicht mehrere hundert Cholesterinkrystalle heraus. Im Cysticus liegt ein Gallenstein. Einschneiden auf denselben und Entfernung. Exstirpation der Gallenblase. Etagennaht.

Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

3. V. 06 geheilt entlassen.

Fall XXIII. Patientin B. 38. J.

Aufnahme: 5. III. 08.

Diagnose: Hydrops der Gallenblase.

Operation: 18. III. 08 Cholecystostomie.

Resultat: 4. V. 08 geheilt entlassen.

Anamnese: Pat. hat seit ihrem 20. Lebensjahre anfallsweise Schmerzen in der Magengegend. Partus 11. Nach jeder Geburt wurden die Anfälle häufiger, doch nie Ikterus. Letzte Geburt vor 7 Wochen, danach hatte sie alle 2 Tage einen Anfall. Den letzten 1. III. 08. Dabei fieberte sie und bemerkte am 2. III. 08 Ikterus.

Befund: Kräftige, dicke Frau. Gallenblasengegend leicht aufgetrieben und sehr druckempfindlich.

18. III. 08 Operation: Schnitt parallel dem Rippenbogen rechts. Eröffnung der Bauchhöhle. Die Gallenblase ist mit der Bauchwand nur wenig verwachsen. Bei Punktion entleert sich Schleim. Incision der Blase. Entfernung von etwa 6 haselnussgrossen Steinen. Ein ziemlich grosser Stein, der den Cysticus verschliesst, wird durch Druck von unten zu Tage gefördert. Einführen eines Drains. Etagennaht.

Pat. hatte während des Heilungsverlaufes 3 Tage Fieber bis 39, 2° mit Erbrechen.

4. V. 08 geheilt entlassen.

Nachforschung im März 1909: Angeblich wieder Schmerzen in der Gallenblasengegend.

Fall XXIV: Patient H. 60 J. Kaufmann.

Aufnahme: 17. III. 08.

Diagnose: Hydrops der Gallenblase.

Operation: Cholecystektomie.

Resultat: 27. IV. 08 geheilt entlassen.

Anamnese: Pat. bemerkte seit einigen Jahren öfter auftretende Verhärtungen in der rechten Oberbauchgegend nach dem Essen. Seit dem 16. III. 08 deutlich feste Tumorbildung rechts Mitte des Bauches.

Befund: Sehr abgemagerter kleiner Pat. In der rechten Bauchhälfte eine Resistenz, etwa Handbreit unter dem Rippenbogen.

20. III. 08. Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fällt sofort die prall gespannte, und mehrfach adhärente Gallenblase auf. Im Cysticus 3 haselnussgrosse Steine fühlbar. Die Gallenblase wird punktiert und entleert. Dann die Steine entfernt. Exstirpation der Gallenblase. Etagennaht.

25. III. Collaps. Puls 150. Kochsalz. Digitalis. Pat. erholt sich.

27. IV. 08 geheilt entlassen.

Nachuntersuchung im März 1909: gesund und beschwerdefrei.

Das klassische Symptom des Hydrops der Gallenblase ist der Gallenblasentumor. Unter unseren 6 Fällen konnte man ihn nur einmal nicht deutlich palpieren.

Bei einem unserer Fälle bestand ein Riedel'scher Lappen. Der Ikterus fehlt in den meisten Fällen, da der Gallenabfluss nicht gehindert ist. Von unseren 6 Fällen war er nur einmal zu konstatieren. Fieber fehlte immer. Steine wurden in allen 6 Fällen gefunden, und zwar 5 mal im Cysticus und einmal in der Gallenblase.

Operationsmethoden wurden bei unseren 6 Patienten — 2 Männer und 4 Frauen — ausgeführt:

Cholecystostomie	2 Fälle
Cholecystostomie und Choledochus-Drainage	1 „
Cholecystektomie	3 „

Heilung wurde in 100 % der Fälle erzielt.

Dem Hydrops der Gallenblase ist sehr verwandt anatomisch und klinisch das Empyem derselben. Erfolgt eine Infektion der Gallenblase durch Eitererreger aus dem Darm, so kann sich, wenn der ductus Cysticus verschlossen ist, Empyem der Gallenblase entwickeln.

Wir können aus unserem Material 4 Fälle von Empyem der Gallenblasen verzeichnen.

Fall XXV: Patientin B. 60 J.
Aufnahme: 1. I. 06.
Diagnose: Empyem der Gallenblase. Leberabscess.
Operation: 3. I. 06 Einführen eines Drains in die schon perforierte Gallenblase.
Resultat: 4. I. 06 exitus letalis.

Anamnese: Vor 6 Wochen bemerkte Pat., dass sie sehr an Gewicht abnahm. Sie hatte plötzlich heftige Stiche in der rechten Oberbauchseite. Seit dieser Zeit öfter kolikartige Anfälle, Schüttelfrost. Das Erbrechen ist von grüner Farbe. Nie Ikterus.

Befund: Eine etwas cyanotisch und gedunsen aussehende Person. Bei combinierter Untersuchung unterer Leberrand in der Höhe des Nabels in der Mamillalinie. Die Leberoberfläche ist hart, besonders in der Gegend der Gallenblase. Lungen o. B. Herztöne leise. Puls klein. Temperatur 38, 7°.

3. I. 06 Operation. Courvoisier'scher Schregschnitt. Lebergrenzen entsprechen dem Palpationsbefund. Das Quercolon ist dicht unter dem Rand der Leber in der Mamillarlinie an der unteren Leberfläche adhärent. Durch Palpation wird darunter eine kleine steinhaltige Gallenblase festgestellt. Sobald einige oberflächliche Adhäsionen zwischen Leber und Quercolon gelöst wird, quilt dicker, grün-gelblicher Eiter aus der perforierten Gallenblase hervor, keine Galle. 6 Steine werden entfernt. An einer Exstirpation der Gallenblase ist wegen der Verwachsungen mit den Duodenum und dem Colon transversum nicht zu denken. Einführen eines Drains in die perforierte Gallenblase. Etagennaht. 4. I. 06. Exitus letalis.

Sectionsbefund: Grosser Leberabscess. Vereiterung der Gallenblase. Steine in den abführenden Gallengängen. Circumscripte Peritonitis um die Gallenblase. Eitrige Leptomeningitis. Schluckpneumonie Braunes Herz. Perimetritische Verwachsungen.

Fall XXVI. Patient L. 64 J. Cigarrenmacher.

Aufnahme: 6. I. 07.

Diagnose: Empyem der Gallenblase.

Operation: 17. I. 07 Cholecystostomie.

Resultat: 5. II. 07 geheilt entlassen.

Anamnese: Pat. hat seit 5 Tagen Schmerzen in der Lebergegend; angeblich erster Anfall. Vor 5 Jahren Ikterus.

Befund: Pat. im mässigen Ernährungszustand. In der Gallenblasengegend eine Resistenz palpabel. Tumor hat Eiform, ist prall elastisch, auf Druck sehr schmerzhaft. Der übrige Leib leicht gespannt. Leberdämpfung etwas vergrössert. Stuhl angehalten. Puls kräftig, etwas beschleunigt.

17. I. 07 Operation: Courvoisier'scher Schregschnitt. Eröffnung der Bauchhöle. Der Tumor kommt zu Gesicht. Es handelt sich um die prall gefüllte über Faust grosse Gallenblase, die mit den Dünndarmschlingen verwachsen ist. Nach Lösung der Adhäsionen zunächst Probepunktion der Blase, wobei Eiter zum Vorschein kommt. Es werden nach und nach 40 ccm. Eiter entleert, worauf die Blasenwand gespalten und ein Drain eingeführt wird. Die Gallengänge sind durchgängig. Hinten oben findet ein Divertikel der Gallenblase, in dem 5 erbsengrosse gelbe Steine entdeckt werden. Etagennaht.

Nach 4 Stunden sind etwa 300 ccm. grüner Galle abgeflossen. Weiterer Heilungsverlauf ohne Besonderheiten.

5. II. 07 geheilt entlassen.

Fall XXVII: Patientin F. 49 J. Schneiderswitwe.

Aufnahme: 31. I. 08.

Diagnose: Empyem der Gallenblase. Abscess der Bauchhöhle.

Operation: 8. II. 08 Cholecystektomie.

Resultat: 14. II. 08 Exitus letalis.

Anamnese: Mit 25 Jahren Kindbettfieber, später einmal Unterleibsentzündung, 2 mal Bauchfellentzündung,

1897 Operation wegen Uterusknickung. Partus 7, Abort 5. Seit 2 Jahren Uebelkeit, Aufstossen, Magenschmerzen. Seit 1908 hat Pat. ausser den Schmerzanfällen auch Erbrechen. 10. I. 08 starker Anfall mit Temperatursteigerung, Erbrechen und Ikterus.

Befund: Mittelgrosse, kräftige Frau. Abdomen diffus druckempfindlich. In der Gallenblasengegend ist eine stark schmerzhafte, klein apfelgrosse Resistenz zu fühlen, die nach oben und in die Leber übergeht. Temp. 38°.

8. II. 08. Operation: Courvoisier'scher Bauchschnitt. Nach Eröffnung des Bauchfells liegt eine Geschwulst, die an dem verdickten Netz verwachsen ist. Die fluktuierende Geschwulst wird punktiert, worauf sich durch den angesetzten Schlauch ca. 100 ccm. Eiter entleeren. Die Geschwulst wird incidiert. Es handelt sich um einen Abscess, nicht um die Gallenblase; aus der Abscesshöhle führt eine Oeffnung nach oben. Die Erweiterung dieser Oeffnung ergibt, dass sie in die Gallenblase führt. In dieser liegt ein haselnussgrosser Stein, den es gelingt zu entfernen. Durch weitere Untersuchung wird festgestellt, dass sich im Cysticus noch 2 gleich grosse Steine befinden. Hierauf wird die Gallenblase an der Leber abgelöst, der Cysticus von aussen incidiert und beide Steine entfernt. Hierauf wird ein Drain in den Cysticus eingeführt. Schluss der Bauchdecken.

1000 gr. ClNa subcutan.

9. II. Puls 160. 2000 ClNa. Galle secerniert sehr reichlich. 10. II. Puls 142.

11. II. Temperatur 38, 3°; Puls 142.

13. II. Temperatur 38, 4°. Puls sehr frequent. Abdomen aufgetrieben, diffus druckempfindlich. Die Wunde wird breit geöffnet. Aus der Bauchhöhle entleert sich reichlich reine Galle. Einführen eines dicken Drains und leichter Verband. 1000 ClNa. Abends Kampfer, Morphium. 14. II. 08 exitus letalis.

Fall XXVIII: Patientin M. 47 J. Kellnersfrau.

Aufnahme: 24. IV. 08.

Diagnose: Empyem der Gallenblase. Bauchdeckenabscess.

Operation: 24. V. 08 Cholecystektomie.

Resultat: geheilt entlassen.

Anamnese: Pat. will eine Wanderniere haben. 2 Partus, 4 Aborte. Im Anschluss an den letzten Abort vor 12 Jahren stellten sich Schmerzen der Magen- und Gallenblasengegend ein mit Erbrechen. Die Schmerzen sind in Anfällen immer stärker geworden. Nie Ikterus.

Befund: Pat. im guten Ernährungszustand. Hängebauch. Cor: systolisches Geräusch an der Spitze. Leib weich. Diastase der Recti. Man fühlt unter dem rechten Rippenbogen eine in der Parastenallinie ziemlich derbe, höckrige Resistenz, die bei der Betastung sehr schmerzhaft ist. Ueber dieses fühlt man eine 2. Resistenz, die weiter nach hinten herabreicht.

2. V. 08 Operation. Schnitt parallel dem Rippenbogen. Adhäsionen des Netzes mit der Bauchwand. Beim Durchschneiden der Bauchdecken in dieser Gegend ergibt sich ein kleiner Abscess, in dem kleine Gallensteine liegen. Es wird dieser Teil aus der Bauchwand exscidiert und nun zeigt sich, dass die mit dem kleinen Bauchdeckenabscess in Verbindung stehende Gallenblase mit Netz, Darm und Magen verwachsen ist. Es gelingt die Verwachsungen mit der Kochersonde zu sprengen und nun liegt die vergrösserte, die veränderte Gallenblase vor, aus der etwa 65 grössere Steine entfernt werden. Exstirpation der Gallenblase. Etagennaht. Während des Heilungsverlaufes war der Puls häufig zwischen 110—130.

16. VI. 08 geheilt entlassen.

Bei allen unseren 4 Empyem-Kranken — 1 Mann und 3 Frauen, Altersgrenze bei 47—64 Jahren — wurde Koliken angegeben, davon zwei mal mit Ikterus.

Bei der Aufnahme war nur einmal Ikterus. Temperatursteigerung fand sich bei 2 Kranken. Der palpable und druckempfindliche Gallenblasentumor war dreimal nachweisbar. In allen 4 Fällen war die Gallenblase mit der Umgebung verwachsen. In einem unserer Fälle (XXV) wurde Perforation der vereiterten Gallenblase konstatiert. Fall XXVII zeichnet sich dadurch aus, dass man in der Bauchhöhle einen Abscess fand, der in die Gallenblase führte. Im Falle XXX wurde ein Bauchdeckenabscess entdeckt, der in Verbindung mit der Gallenblase stand, und in dem sich Steine fanden. Diese Komplicationen erklären, warum wir 2 Fälle von unseren Empyem-Kranken verloren haben. Steine fanden sich in allen 4 Fällen. Operationsmethoden bei diesen Kranken wurde gewählt: Cholecystektomie — 2 mal, Cholecystostomie — 1 mal und Einführung eines Drains in die perforierte Gallenblase.

III. Choledochusverschluss.

Verschluss des ductus Choledochus führt zur Stauung der Galle und Ikterus. Wenn der letztere längere Zeit dauert, kann biliäre Lebercirrhose eintreten. Es entsteht Nekrose und Zerfall der Leberzellen, Cholämie und zahllose Blutungen in der Haut. Durch sekundäre Erweiterung des Choledochus, durch kleine Verschiebungen des Steines und dgl. kann der Durchtritt der Galle für längere oder kürzere Zeit wieder frei werden. So erklären sich die nicht seltenen Schwankungen in der Intensität des Ikterus. Ziemlich häufig tritt durch sekundäre Infektion intermittirendes Fieber auf.

In unserem Material sind 12 Fälle mit Verschluss des ductus Choledochus vertreten:

Fall XXIX: Patient L. 51 J.

Aufnahme: 30. I. 05.

Diagnose: Choledochusstein.

Operation: 3. II. 05: Choledochotomie.

Resultat: 20. III. 05 geheilt entlassen.

Anamnese: Seit 16 Jahren jährlich circa 1 Anfall von heftigen Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen. Dabei jedes Mal Ikterus. Kein Fieber. Im letzten Jahre häuften sich die Anfälle.

Befund: kräftiger Mann. Starker Ikterus. Puls 66. 2 Finger unterhalb des rechten Rippenbogens. Lebergegend druckempfindlich. Tumor nicht fühlbar.

3. II. 05. Operation: Durch Bogenschnitt unterhalb des rechten Rippenbogens wird die Bauchhöhle eröffnet. Die Gallenblase ist sehr geschrumpft und fast ohne Inhalt. Im Choledochus fühlt man bis oberhalb des Pankreas eine harte Resistenz (Stein). Der oberhalb desselbon gelegene Teil des Choledochus ist sehr erweitert, der Cysticus sehr eng. Der Choledochus wird neben dem Stein aufgeschnitten, der Stein herausgezogen, im Choledochus ein Drain eingeführt. Der Drain, aus welchem sofort Galle herausläuft, wird zur Bauchwunde herausgeleitet. In die Bauchwunde werden 2 Tampons eingeführt. Im übrigen wird die Wunde geschlossen.

Wundverlauf aseptisch. 20. III. 05 geheilt entlassen.

Nachforschung im März 1909: Angeblich Schmerzen in der Narbe.

Fall XXX: Frau A. 48 J. Arbeiterin.

Aufnahme: 7. V. 06.

Diagnose: Choledochussteine.

Operation: 13. V. 06 Cholecystostomie und Choledochotomie.

Resultat: 9. VI. 06 geheilt entlassen.

Anamnese: 1897. Schmerzen zum ersten Mal in der Gallenblasengegend. Erbrechen. Seitdem keine Anfälle bis zum 1. V. 06. Erbrechen. Schmerzen in der Lebergegend und Kreuz. Seit dem 6. V. 06 Ikterus.

Befund: Auf der rechten Seite fühlt man unterhalb des Rippenbogens eine Geschwulst bis zur Nabel-

höhe reichend. Dieselbe hängt mit der Leber zusammen. Starke Druckempfindlichkeit. Urin: Biliverdin +. Temperatur 38,9°.

13. V. 06. Temperatur 36,5. Operation: 15 cm. langer Bauchschnitt paralell dem rechten Rippenbogen. Es stellt sich der unterste Rand der Leber ein und die stark verdickte geschwollene und noch die Spuren einer frischen Entzündung in ihrer Umgebung zeigende Gallenblase. Die Gallenblase wird aus den Adhaesionen herauspräpariert und die Gallenwege freigelegt. Der Choledochus ist in seinen supraduodenalen Teil erweitert. Er wird incidirt. Es entleeren sich Gallenconcremente bis zur Dicke einer Erbse mit dickflüssiger Galle. Einführen eines Drains in Choledochus. Hierauf wird die Gallenblase vor die Peritonealhöhle gezogen, abtamponiert und eröffnet. Fs wird ein Drainrohr in die Gallenblase geschoben. Etagennaht.

Heilungsverlauf ohne Besonderheiten. 9. VI. 06 geheilt entlassen.

Fall XXXI: Patientin G. 57 J.

Aufnahme: 26. VII. 06.

Diagnose: Choledochusverschluss.

Operation: 31, VII. 06. Cholecystektomie und Hepaticus-Drainage.

Resultat: 9. VIII. 06 exitus letalis.

Anamnese: Am 8. VII. 06 Plötzlich Schüttelfrost. Krampfartige den Tag über anhaltende Schmerzen in der Magengegend. Wiederholung der 'Anfälle immer nach 2—4 Tagen. Stuhl verstopft. Partus 11. Abort 2.

Befund: Leidlich genährte Pat. Ikterus. Leber — 3 Finger breit unter dem Rippenbogen. Vom unteren Rand ausgehend eiförmiger, runder, äusserst schmerzhafter Tumor palpabel.

30. VII. 2 mal Schüttelfrost. Temperatnr 39,4°.

31. VII. 06 Operation: Courvoisier'scher Schnitt. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle lässt sich sofort die

kleine Gallenblase erkennen. Es gelingt den nicht dilatierten Cystikus aufzumachen, an dessen Einmündungsstelle in den etwas dilatierten Hepaticus man einen taubeneigrossen Stein findet. Die Gallenblase wird eröffnet. Es ergibt sich wenig aber klare Galle. Ein Stein wird aus ihr mit der Zange herausgeholt. Die Gallenblase wird dann an dem Uebergang in den Cystikus abgebunden und abgetragen. Der Stumpf wird in sich selbst eingestülpt und übernäht. Schluss der Bauchdecke bis auf eine Oeffnung für ein Drainrohr.

3. VIII. Temperatur 38,3°. Atembeschwerden.

5. VIII. Pneumonie.

9. VIII. Exitus letalis.

Sectionsbefund: Allgemeiner Ikterus. Schlaffes Herz. Bronchopneumonie der rechten Lunge. Pleuritische Adhaesionen. Vereiterte Bauchwunde.

Fall XXXII: Patientin G. 60 J. Schneiderfrau.

Aufnahme: 8. VIII. 06.

Diagnose: Choledochusverschluss.

Operation: Cholecystektomie und Hepaticus-Drainage.

Resultat: 16. X. 06 geheilt entlassen.

Anamnese: Oktober 05. Schmerzen in der Lebergegend. Nach 4 Wochen erneuter Anfall. Seither alle 8—14 Tage Anfälle. Ikterus. Partus 7. Abort 9.

Befund: Leber reicht circa 4 Querfinger breit unter dem rechten Rippenbogen und ist in der Mamillallinie höckerig, anscheinend aus einzelnen grösseren Knoten bestehend. Unterer Rand druckempfindlich.

13. VIII 06 Operation: Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch Courvoisier'schen Schnitt wird festgestellt, dass der weit herabreichende Rand des rechten Leberlappens einem Schnürlappen entspricht. Die Gallenblase ist klein, geschrumpft. Sie enthält nur ganz spärlich eingedickte Galle. Der Hepaticus ist erweitert und an der Einmündungsstelle des Cysticus fühlt man 2 eingeklemmte grosse Steine. Nach Spaltung des He-

paticus lassen sich die Steine vordrücken und entfernen. Auch der Choledochus scheint erweitert, so dass angenommen werden muss, dass die Passage durch die Papille längere Zeit behindert gewesen ist (Cholangitis). Es wird ein Drain in Hepaticus eingeführt. Die Gallenblase wird extirpiert. Etagennaht.

Aseptischer Wundverlauf.

16. X. 06 geheilt entlassen.

Nachuntersuchung im März 1909: 2 mal Schmerzen in der Lebergegend. Häufig Schmerzen im Rücken.

Fall XXXIII: Patientin L. 60 J.

Aufnahme: 6. XI. 06.

Diagnose: Steine im Choledochus.

Operation: 9. XI. 06: Choledochotomie.

Resultat: 6. XII. 06 geheilt entlassen.

Anamnese: Seit einigen Jahren Schmerzen in der Magengegend. Im Juni dieses Jahres Anfälle von Uebelkeit und Leibschmerzen. Ikterus. Alle 14 Tage ein Anfall.

Befund: Die Leber ist hart und überragt den Rippenbogen 4 Querfinger breit. Urin: + Gallenfarbstoff.

9. XI. 06 Operation: Nach Eröffnung der Peritonealhöhle zeigt sich die untere Fläche der Leber mit dem Colon transversum verwachsen. Die Gallenblase ist in Bindegewebszügen eingebettet. Nach Lösung mehrerer Verwachsungen zeigt sich die Gallenblase klein und geschrumpft. Die Leber steht 2 Finger breit unterhalb des Nabels. Im Choledochus fühlt man mehrere Steine. Der Choledochus wird eröffnet. Es ergiesst sich sofort reichlich Galle. Dann werden 5—6 haselnussgrosse Steine entfernt. Einführen eines Drains in Choledochus. Etagennaht.

19. XI. Reichliche Gallensecretion.

6. XII. 06 geheilt entlassen.

Nachforschung im März 1909: Häufig Schmerzen in der Gallenblasengegend. Doppelter Leistenbruch.

Fall XXXIV: Patientin N. 48 J.

Aufnahme: 5. II. 7.

Diagnose: Steine in der Gallenblase und Choledochus.

Operation: 9. II. 07. Cholecystendyse und Choledochotomie.

Resultat: 5. III. 07 geheilt entlassen.

Anamnese: Pat. hat seit Juli 06 Schmerzen in der rechten Seite, Uebelsein, Erbrechen. November 06 — während eines Anfalles Ikterus.

Befund: Palpation ergibt am Rippenbogen eine grössere, im Abdomen kleinere Resistenzen. Starke Lordose. Gallenblase nicht fühlbar.

9. II. 07. Operation: Courvoisier'scher Schnitt. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle präsentiert sich die sehr stark gefüllte Gallenblase. Man kann darin eine grosse Menge Steine durchpalpiren. Man fühlt auch Steine in den Gallenwegen. Eröffnung der Gallenblase. Es ergiesst sich klare Galle. Darauf werden mit dem Steinlöffel eine grosse Anzahl Steine entfernt. Incision des Choledochus und Entfernung von ihm einiger Steine. Schluss der Gallenblasenwunde wird durch Einstülpungsnaht bewirkt. Drainage des Choledochus. Etagennaht.

Aseptischer Wundverlauf. 5. III. 07 geheilt entlassen.

Fall XXXV: Patient M. 36 J. Restaurateur.

Aufnahme: 20. IV. 07.

Diagnose: Gallensteine. Choledochusverschluss.

Operation: 4. V. 07 Cholecystostomie und Hepaticus-Drainage.

Resultat: 8. V. 07 Exitus letalis.

Anamnese: Pat., der vor 8 Jahren Lues hatte, erkrankte Weihnachten mit Druckgefühl im Epigastrium und Schmerzen, die nach 6 Tagen vorübergingen. Mitte Februar die gleichen, plötzlich auftretenden Beschwerden. Einige Tage nachher Ikterus.

Befund: Kräftig gebauter Mann im guten Ernährungszustande. Starker Ikterus. Kein Fieber. Leber ver-

grössert, reicht in der Mamillarlinie $^1/_2$ Fingerbreit unter dem Rippenbogen. Keine Druckempfindlichkeit. Kein Tumor zu fühlen.

4. V. 07. Operation: Courvoisier'scher Schnitt. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle kommen zunächst der Leberrand, das Netz und die Pylorusgegend zum Vorschein. Letztere wurden nach abwärts gedrängt, worauf die prall gespannte, kleine gänseeigrosse Gallenblase erscheint. Punktion derselben. Es entleert sich etwa 20 ccm. schwarz-grüner Galle, vermischt mit hirsekorngrossen Steingerinseln. Bei Revision der Gallenwege werden Steine weder im Cysticus, noch im Hepaticus, noch im Choledochus gefunden. Spaltung des Choledochus. Sondierung nach dem Duodenum gelingt glatt, nach oben kommt man aber nicht weiter. Es fliesst keine Galle ab. Erst nach langem Sondieren gelangt man in einen dem Hepaticus entsprechenden Canal, der an seiner Mündung in dem Choledochus abgeknickt ist, wodurch möglicherweise die Stauung verursacht wurde. Drainage des Hepaticus. Drainage der Gallenblase. Etagennaht.

5. V. 07. Aus dem Choledochus ist Galle abgelaufen.

6. V. Kleine Mengen Galle laufen noch ab. Ikterus besteht. Pat. macht einen dubiösen Eindruck. 1 mal erbrochen. ClNa 1000 cm.

7. V. Nochmal 1000 ClNa. Verband in der Umgebung der Gummiröhre blutig-serös durchtränkt. Gegen Abend leichte Benommenheit. Morphium. 8. V. Exitus letalis.

Sectionsbefund: Blutung in die Gallenwege und Magendarmkanal. Geringe Gallenkonkremente in der Gallenblase. Schwartige Verdickungen des Cysticus. Ikterus der Leber. Bronchitis. Im ganzen Darm schwärzliches Blut; ebenso in Magen.

Fall XXXVI: Patientin R. 61 J.

Aufnahme: 30. III. 08.

Diagnose: Gallensteine. Choledochusstein.

Operation: 2. IV. 08. Cholecystendyse und Choledochotomie.

Resultat: 4. V. 08 geheilt entlassen.

Anamnese: 1903. Schmerzen in der Magengegend. Ikterus. Ende Dezember 07 Krämpfe im ganzen Leib, Erbrechen. Seit dieser Zeit häufig Kolikanfälle. Temperatur dabei bis 38, 8 °.

Befund: Mittelgrosse, kräftige Frau mit ziemlich dickem Fettpolster. In der Gallenblasengegend ziemlich starke Druckempfindlichkeit. Ikterus.

2. IV. 08 Operation: Etwa 12 cm. langen bogenförmigen, dem unteren Rippenbogen parallelen Schnitt im rechten Hypochondrium. Nach Eröffnung der Peritonalhöhle präsentiert sich sofort die stark ausgedehnte, mit der Umgebung leicht verwachsene Gallenblase, Incision derselben uud Entleerung von Galle mit 6 kleinen Steinen. Die weitere Betastung ergibt noch einen sehr grossen Stein im Choledochus. Incision des Choledochus. Entfernung des Steines und Drainage. Die Gallenblase wird vernäht.

Aseptischer Wundverlauf. 4. V. 08 geheilt entlassen.

Fall XXXVII: Patientin S. 25 J. Schuhmacherfrau.

Aufnahme: 31. III. 08.

Diagnose: Choledochusverschluss.

Operation: 4. IV. 08. Choledochotomie.

Resultat: 4. V. 08 gebessert entlassen.

Anamnese: Seit 2 Jahren plötzlich Anfälle von Schmerzen in der Gallenblasengegend. Seit 6 Monaten täglich Anfälle und Ikterus. Gravidität im 7. Monat.

Befund: Magere Frau. Ikterus. Leber etwas vergrössert, druckempfindlich, keine Resistenz in der Gallenblasengegend.

4. IV. 08. Operation: Schnitt, parallel dem Rippenbogen. Die Gallenblase klein, fibrös, mit der Umgebung fest verwachsen. Die Verwachsungen werden gelöst. Der Choledochus und Cystikus wird erweitert. Es wird

zunächst der Cystikus eingeschnitten, aus dem sich eine Menge fadenziehende Flüssigkeit mit kleinen Cholestearinsteinchen entleert. Die weitere Palpation lässt einen Stein dicht vor der Papilla Vateri erkennen. Es wird auf denselben eingeschnitten und derselbe entfernt. Einführen eines Drains in Choledochus. Etagennaht.

5. IV. Befinden gut.

6. IV. Leichte Wehen. Gynäkologische Untersuchung ergibt, dass die Geburt noch nicht im Gange ist. Galle läuft mässig.

Aseptischer Wundverlauf. 4. V. 08 gebessert entlassen.

Im Juli 08 ist Pat. entbunden. Im September 08 leichte Koliken. Oktober 08 heftige Koliken.

Den 7. I. 09 wurde festgestellt: In der alten Narbe, 2 cm. unterhalb der Mamillarlinie ein Granulationspropf, der papillenartig in eine Fistel mündet, die ein dünnes Secret absondert. Die Sonde dringt circa 4 cm. in die Fistel ein.

11. I. 09 Cholecystektomie.

Pat. wurde den 11. II. 09 geheilt entlassen.

Nachuntersuchung im März 09: Beschwerdefrei.

Fall XXXVIII. Patientin J. 51 J.

Aufnahme: 8. IV. 08.

Diagnose: Gallensteine. Choledochusverschluss.

Operation 14. IV. 08 Cholecystostomie und Choledochotomie.

Resultat: 4. V. 08 geheilt entlassen.

Anamnese: Kurz vor Weihnachten 07 bekam Pat. zum 1. Mal krampfartige Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend mit Erbrechen. Bis jetzt wiederholten sich die Anfälle 6 Mal. Ikterus beim letzten Anfall. 2 Partus.

Befund: Pat. in mässigem Ernährungszustande. Starker Ikterus. Stuhlgang etwas braun gefärbt. Leib weich. Die Gegend der Gallenblase druckempfindlich. Keine deutliche Resistenz dort fühlbar.

14. IV. 08 Operation; Schnitt parallel dem rechten Rippenbogen, etwa 15 cm. lang. Eröffnung der Bauchhöhle. Nach Lösung der Verwachsungen zwischen Leber, Darm und Magen wird die kleine, fibrös entartete mit Steinen gefüllte Gallenblase sichtbar. Die Palpation des Choledochus ergibt einen Stein dicht vor der Papille, der durch einen Längsschnitt excidiert wird. Es wird dann die Gallenblase eröffnet und aus ihr eine Menge kleiner Choleasterinsteine entfernt. Drain im Choledochus und Gallenblase. Etagennaht.

Aseptischer Wundverlauf. 4. V. 08 geheilt entlassen.

Fall XXXIX: Patientin K. 38 J. Schuldienerwitwe.

Aufnahme: 7. X. 08.

Diagnose: Choledochusverschluss.

Operation: 10. X. 08 Choledochotomie.

Resultat: 31. X. 08 geheilt entlassen.

Anamnese: 4 Geburten. 4 Aborte. In der Zeit der Geburten bald nach der zweiten öfter Magenkrämpfe. Nie Ikterus. Seit 3 Jahren Gallensteine-Kolik mit Erbrechen. Seit Juni 08 fast täglich Koliken mit Ikterus.

Befund: Ziemlich fettreiche Frau. Bei der Untersuchung heftige kolikartige Schmerzen in der Gallenblasengegend. Keine Resistenz fühlbar.

10. X. Operation: Ca. 15 cm. langer Schnitt parallel dem Rippenbogen. Eröffnung der Bauchhöhle. Es präsentiert sich die Gallensteine nicht enthaltende Gallenblase. Der Choledochus verdickt. Man fühlt an der verdickten Stelle des Choledochus in der Gegend vor der Papilla Vateri einen Stein. Der Choledochus wird incidiert; es fliesst eine grosse Menge Galle ab, mit ihr ca. 8—10 Steine. Einführen eines Drains in Choledochus. Etagennaht.

Wundverlauf ohne Besonderheiten.

31. X. 08 geheilt entlassen.

Nachuntersuchung im März 09: Beschwerdefrei. Narbe vorzüglich.

Fall XL. Patientin R. 23 J. Arbeiterin.

Aufnahme: 22. X. 08.

Diagnose: Cholelithiasis. Choledochusstein.

Operation: 27. X. 08 Cholecystostomie und Choledochotomie.

Resultat: 25. XI. 08 geheilt entlassen.

Anamnese: 4 normale Partus. Letzter vor 4 Wochen. 2 Tage vor Entbindung Ikterus und Schmerzen in der rechten Seite.

Befund: Mittelkräftige Person. Ikterus. Die Leber überragt den Rippenbogen fingerbreit. Pat. hat öfter Stiche in der Gallenblasengegend.

27. X. 08 Operation: Etwa 15 cm. langer Schnitt parallel dem Rippenrande. Die Gallenblase ist gefüllt und vergrössert, mit der Umgebung verklebt. Die Verklebungen werden gelöst, und es präsentiert sich der dilatierte Choledochus. Gallenblase voll Steine. Incision der Blase und Entfernung von 15 Cholestearinsteinen. Incision des Choledochus und Entfernung eines Steines. Drainage des Choledochus u. der Gallenblase. Etagennaht.

Wundverlauf ohne Besonderheiten.

25. XI. 08 geheilt entlassen.

Bei unseren 12 Kranken — 10 weiblichen und 2 männlichen — handelte es sich 11 mal um Verschluss des Choledochus durch Steine, und einmal war eine Knickung des Hepaticus, welche den Gallenabfluss verhindert hat. In den 11 Fällen mit „lithogenem“ Verschluss wurde 6 mal auch Steine in der Gallenblase und 1 mal im Cysticus gefunden. Diese Befunde sprechen dafür, dass die Einwanderung der Steine von der Gallenblase in den Choledochus erfolgt (Courvoisier). In allen 12 Fällen konnte die Anamnese Ikterus verzeichnen. Fieber war nur 3 mal. Sehr charakteristisch ist für den Choledochusverschluss die kleine entartete Gallenblase. Wir konnten diesen Befund von unseren 12 Patienten 7 mal konstatieren. Eine vergrösserte Gallenblase fand sich 2 mal. In 6 Fällen war die Gallenblasen-

gegend sehr druckempfindlich, und 6 mal war die vergrösserte Leber deutlich zn palpieren. Dabei fand sich einmal bei der Operation ein Schnürlappen.

Es wurden bei unseren 12 Patienten mit Choledochusverschluss folgende Operationen gemacht:

Cholecystostomie	4 Fälle
Cholecystostomie und Choledochotomie	4 „
Cholecystektomie und Hepaticus-Drainage	2 „
Cholecystendyse und Choledochotomie	2 „

10 Patienten wurden geheilt entlassen und 2 sind nach der Operation gestorben.

IV. Carcinom der Gallenwege.

Wie bei vielen anderen Erkrankungen (Magenulcus, Nephrolithiasis) geben andauerende mechanische Schleimhautreize, Narben und dgl. auch bei der Gallensteinkrankheit die Veranlassung zur Entwicklung eines Carcinoms.

Wir hatten in unserem Material 5 Fälle von Carcinom der Gallenblase und Gallenwege:

Fall XLI. Patientin K. 61. J.

Aufnahme: 21. II. 05.

Diagnose: Cholelithiasis. Carcinom der Gallenblase.

Operation: Cholecystektomie und Hepaticus-Drainage.

Anamnese: Seit 2 Jahren Schmerzen in der rechten Seite. Oefters Erbrechen.

Befund: Abgemagerte Frau. Der Leib ist nicht gespannt und lässt beim Abtasten in der Pylorusgegend eine Resistenz erkennen. Auf Druck ist diese Resistenz sehr schmerzhaft. Magenuntersuchung: keine freie HCl., keine Milchsäure, Gesamtacidität 11 %.

28. II. 05 Operation: Nach Freilegung der Bauchhöhle wird Magen normal gefunden, dagegen in der Gallenblasengegend ein grosser Tumor. Bei Lösung vieler Verwachsungen entleert sich plötzlich aus der linken seitlichen Fläche der Gallenblase eitrige Galle und nach und nach 6 kleine helle Steine. Einführen

eines Drains in den Hepaticus. Darauf Extirpation der Gallenblase. Es besteht chronische indurative Pankreatitis. Die Gallenblasenwand fühlt sich so hart an, dass Carnicom angenommen wird. Etagennaht.

Aseptischer Wundverlauf. 6. IV. 05 entlassen.

Fall XLII: Patientin A. 60 J.

Aufnahme: 8. V. 09.

Diagnose: Cholelithiasis. Carcinom der Gallenwege.

Operation: 14. V. 06 Cholecystostomie und Hepaticus-Drainage.

Anamnese: Seit dem 20. Lebensjahre häufig Anfälle von Schmerzen in der Lebergegend mit Erbrechen. Bis jetzt kein Ikterus. März 06 bemerkte Pat. zum ersten Mal, dass ihre Gallenblase anschwoll. Ende März bekam sie Ikterus.

Befund: Man fühlt in der rechten Oberbauchgegend einen Tumor, der druckempfindlich ist.

14. V. 06 Operation: Courvoisier'scher Bogenschnitt. Es stellt sich ein langer, dünner, ausgezogener Leberlappen in der Wunde ein. Der Leberlappen trägt an der Unterfläche die vergrösserte und verdickte Gallenblase. Punktion derselben. Es entleert sich eine grosse Masse gelblichen ziemlich dickflüssigen Inhaltes. Im Cystikus fühlt man einen Stein, der in die Blase hineinragt. Auf diesen Stein wird incidiert. Nach Entfernung des Steines fand man im Hepaticus noch einen Raum, der mit Schleim und nicht mit Galle angefüllt war, an dessen oberster Stelle Gewebsmassen liegen, die sich als Carcinom erwiesen. Einführen eines Drains in Hepaticus.

15. V. 06. Es fliesst nur wenig Galle ab. Temperatur 38,5 °. Puls 120.

16. V. 06. Pat. fühlt sich sehr schwach. Erbrechen.

17. V. 06 Sensorium benommen. 18. V. 06 exitus letalis.

Sectionsbefund: Metastatischer Leberkrebs. Allgemeiner Ikterus. Hypostatische Pneumonie. Braunes Herz.

Fall XLIII: Patientin K. 54 J. Kaufmannsfrau.

Aufnahme: 28. V. 06.

Diagnose: Cholelithiasis. Carcinom der Gallenwege.
Operation: 31. V. 06 Cholecystostomie.

Anamnese: Ende März 06 allgemeines Unbehagen. Anfang April Erbrechen und Ikterus. In den letzten 4 Wochen starke Abmagerung.

Befund: Leber 6 cm. unter dem Rippenbogen. Man fühlt die sich als praller Tumor einstellende Gallenblase. Ikterus.

31. V. 06 Operation: 12 cm. langer Schnitt parallel dem rechten Rippenbogen. Es stellt sich sofort die prall gespannte und vergrösserte Gallenblase, in welcher man eine grosse Anzahl von Conkrementen fühlt. Eröffnung der Gallenblase und Entfernung von 24 Steinen. Bei der Revision der Gallenwege ergibt sich, dass der Cystikus, sowie auch die anschliessenden Stellen des Hepatieus und Choledochus von harten Massen eingenommen sind (Carcinom). Einnähung der Gallenblase an die Bauchdecken. Einführung eines Drains. Etagennaht. 5. VII. 06. Pat. fühlt sich wohl. Ikterus nicht zurückgegangen. Entlassen.

Fall XLIV: Patientin H. 46 J.
Aufnahme: 4. VIII. 06.
Diagnose: Stein im Cysticus. Corcinoma der Papille duodeni.
Operation: 6. VIII. 06 Cholecystostomie.

Anamnese: Vor 5 Wochen anfallsweise auftretende Schmerzen in der Gegend der Gallenblase. Gleichzeitig Ikterus.

Befund: Druckempfindlichkeit in der Leberdegend Leber überragt den Rippenbogen um ca. 4 cm. Ikterus.

Courvoisier'scher Schnitt. Entsprechend der Gallenblasengegend fühlt man faustgrossen Tumor. Nachdem das Netz stumpf vom Leberrand abgelöst ist, kommt man auf ein sich weicher anfühlendes Gebilde, das als Gallenblase angesprochen wird. Incision derselben ergibt dunkel-grauen Eiter, etwa ein Esslöffel voll. Einführung einer Sonde im unteren Teil der Höhle, die

einen Solitärstein enthält. Drainage der als Gallenblase angesprochenen Höhle. Etagennaht.

7. VIII. 06. Puls 100. Kochsalzinfusion.

8. VIII. 06. Pat. deliriert. Puls 120. Temp. 38.

9. VIII. 06. Exitus letalis.

Sectionsbefund: Carcinom der Papille duodeni: Cholecystitis chronika. Metastasen der Leber.

Fall XLV: Patientin L. 57 J. Hutmacherfrau.

Aufnahme: 31. III. 08.

Diagnose: Cholelithiasis. Carcinom der Gallenblase.

Operation: Cholecystostomie.

Anamnese: Anfang 1907 erkrankte Pat. mit Erbrechen, anfallsweise auftretenden Schmerzen im Leib, besonders rechts. April 07 Ikterus. Anfang 08 wieder Kolikanfälle.

Befund: Ziemlich gut genährte Frau. Die Leber überragt den Rippenbogen in der Mamillarlinie etwa 3 Finger breit. In der Gallenblasengegend ist eine Resistenz zu fühlen.

11. IV. 08 Operation. Schnitt parallel dem rechten Rippenbogen. Bei Eröffnung des Peritoneums präsentiert sich die stark vergrösserte Gallenblase. Dieselbe ist eng verbunden mit den anliegenden Leberteilen, die durch feste knotenförmige grauweisse Tumormassen durchsetzt sind. Durch Palpation wird fesgestellt, dass die Tumormassen entlang dem Cystikus und der Wirbelsäule nach den grossen Gefässen hin wuchern. Incision der Gallenblase und Entfernung von Steinen und Tumormassen. Einführen eines Drains in die Gallenblase. Etagennaht. Aseptischer Wundverlauf.

23. V. 08. Plötzlicher Collaps.

24. V. 08. Exitus letalis.

Sectionsbefund: Carcinom der Leber. Ductus Choledochus durch Druck der Tumormassen zugequetscht. Herzmuskel fettig degeneriert.

Bei unseren 5 Fällen mit Carcinom des Gallenapparates — alle Frauen — handelt es sich 1 Mal um Carcinom der Gallenblase, 1 Mal um Carcinom der Papilla duodeni und 3 Mal um das der Gallenwege. Radikaloperation wurde nur in einem Falle gemacht (XLI). Eine Resistenz konnte man in 4 Fällen palpieren. Ikterus bestand in 4 Fallen. Deutliche Abmagerung in einem Fall. Eine stärkere Vergrösserung der Leber war 3 Mal. Steine fanden sich in allen 5 Fällen, und zwar 4 Mal in der Gallenblase und 1 Mal im ductus Cysticus.

Zusammenfassung.

Vorstehende Krankheitsgeschichten verzeichnen 45 Kranke — 37 Frauen und 8 Männer.

Eine Uebersicht über Alter und Geschlecht der Operierten an Cholelithiasis nach unserem Material gibt folgende Tabelle:

Alter in Jahren	Frauen	Männer
21—30	5	—
31—40	7	2
41—50	10	2
51—60	12	3
61—70	3	1

Wie wir sehen, ist am stärksten beteiligt das 5. und 6. Decennium.

Von diesen Fällen entfallen auf die

Akute Cholecystitis	2
Chronische recidivierende Cholecystitis	16
Hydrops der Gallenblase	6
Empyem der Gallenblase	4
Chledochusverschluss	12
Carcinom der Gallenwege	5

Steine wurden 37 Mal gefunden.

Was die Operationsmethoden anbertifft, so wurden folgende gewählt:

Cholecystostomie	17 mal
„ und Hepaticus-Drainage	8 „

Chlolecystektomie		6 mal
„	und Hepaticus-Drainage	6 „
Cholecystendyse		1 „
„	und Hepaticus-Drainage	3 „
Choledochotomie		4 „

Ausserdem wurde 1 Mal ein Drain in die schon perforierte Gallenblase bei Empyem derselben eingeführt.

Die Resultate der an Cholelithiasis operierten Fälle sind:

Bei der akuten Cholecystitis sind beide Fälle geheilt entlassen worden.

Bei der chronischen recidivierenden Cholecystitis von 16 Fällen 2 verstorben. Einer von ihnen kompliciert mit Ulcus ventriculi und Lues, der andere mit Darm- und Lungentuberculose.

Bei Hydrops der Gallenblase wurde 100% Heilung erreicht.

Von unseren 4 Empyem-Kranken sind 2 verstorben. Einer compliciert mit Perforation der Gallenblase, der andere mit einem Abscess in der Bauchhöhle.

Von unseren 12 Pat. mit Choledochusverschluss sind 10 geheilt entlassen worden und 2 zum Exitus gekommen.

Von unseren 5 Carcinom-Fällen kamen 3 bei uns zum Exitus und 2 sind entlassen worden. Das weitere Schicksal der letzten 2 Pat. ist leider unbekannt.

Die Gesamtmortalität, abgerechnet die Carcinom-Fälle 15%.

Am Schlusse der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Hildebrand, sowohl für die Anregung zu dieser Arbeit, als auch für die Ueberlassung des Materials meinen besten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Elio Engelmann, mosaischer Konfession, geboren am 1. Januar 1885 in Grodno (Russland), absolvierte 1904 das Gymnasium zu Grodno und liess sich Michaelis 1904 als ordentlicher Hörer bei der medizinischen Fakultät der Universität zu Freiburg i. B. inscribieren, wo er 2 Semester studierte. Michaelis 1905 wurde er an der medizinischen Fakultät der königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatrikuliert, wo er ununterbrochen 8 Semester studierte.

Während seiner Studienzeit hatte er Gelegenheit die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten zu besuchen;

Bier, Bumm, Engelmann †, Ficker, Flügge, Gattermann, Gaupp, Greef, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Himstedt, His, Jolly, Keibel, Klapp, Kopsch, Kraus, v. Kries, Lassar †, Lesser, Lewin, v. Leyden, Liepmann, Meyer, v. Michel, Nagel, Oestreich, Olshausen, Orth, Passow, Rubner, Schmieden, Senator, Steyrer, Thierfelder, Virchow, Waldeyer, Wiedersheim, Ziehen.

Allen seinen Lehrern spricht Verfasser seinen herzlichsten Dank aus.